

کتابچه آموزشی پرسنل بخش روانپزشکی اطفال
بیمارستان قدس قزوین

اختلالات

خوردن (تغذیه) و دفعی در
کودکان و نوجوانان



اختلالات تغذیه و خوردن (طبق DSM5):

۱-هرزه خواری(Pica)

۲-اختلال نشخوار(Rumination Disorder)

۳-اختلال مصرف غذای اجتنابی/محدود کننده(Avoidant /Restrictive Food intake Disorder)

♣ دیگر مقوله ای بنام «اختلال تغذیه و خوردن در شیر خوارگی یا اوایل کودکی» نیست و این ۳ دسته به طبقه اختلال تغذیه و خوردن منتقل شده اند. همچنین «اختلال مصرف غذای اجتنابی/محدود کننده» نام جدیدی است که برای «اختلال تغذیه شیر خوارگی یا اوایل کودکی در نظر گرفته شده است.

-ملاک های تشخیصی جهت هرزه خواری:

(الف) خوردن مداوم مواد غیر خوراکی وبدون ارزش غذایی در یک دوره حداقل یک ماهه.

(ب) خوردن مواد غیر خوراکی وبدون ارزش غذایی که با سطح رشد کودک نا متناسب بوده

(ج) رفتار خوردن بخشی از رسوم پذیرفته شده فرهنگی یا اجتماعی نیست.

(د) اگر رفتار در زمینه یک اختلال روانی دیگر(مثل کم توانی ذهنی،اختلال طیف اوتیسم یا اسکیزوفرنیا یا بیماری طبی(حاملگی) بروز کند شدت آن به حدی است که توجه بالینی مستقلى را ایجاب میکند.





Seten.ir
amozande.ir

تشخیص و خصوصیات بالینی:

- خوردن مواد غیر خوراکی پس از ۱۸ ماهگی معمولا نابهنجار تلقی میشود
- شروع در بین ۱۲ تا ۲۴ ماهگی
- میزان بروز با افزایش سن کاهش می یابد.
- مواد خورده شده بسته به قابلیت دسترسی و تسلط کودک در جابجایی حرکتی و کاهش نظارت والدین دارد (در بچه های کوچک: رنگ-گچ-نخ-مو-پارچه و بچه های بزرگتر: خاک -مدفوع حیوانات-سنگ-کاغذ)
- اختلال بسته به نوع ماده خورده شده از نظر بالینی به خوشخیم و خطرناک تقسیم میشود.

- جدی ترین عوارض:

- مسمومیت با سرب (خوردن رنگهای حاوی سرب)
- انگل های روده ای (خوردن خاک-مدفوع)
- کم خونی و کمبود روی (خوردن خاک رس)
- فقر آهن شدید (مصرف مقادیر زیاد نشاسته)
- انسداد روده (بلع گلوله های مو-سنگ یا شن)

آزمایشات تشخیصی: اندازه گیری آهن و روی سرم-میزان هموگلوبین-میزان سرب سرم



تشخیص افتراقی:

شامل کمبود آهن و روی است. همچنین ممکن است هرزه خواری با نارسایی رشد و چندین اختلال طبی و روانی دیگر از جمله: اسکیزوفرنی-اختلال در خود ماندگی (conduct disorder)-بی اشتها بی عصبی (anorexia nervosa) و سندرم کلاین-لوین مشاهده شود. مسمومیت با سرب با هرزه خواری و نیز چندین ناهنجاری عصبی روانی در حافظه و عملکرد شناختی همراه است. بخش کوچکی از کودکان مبتلا به اختلال در خود ماندگی و اسکیزوفرنی ممکن است دچار هرزه خواری باشند.

سیر و پیش آگهی: در کودکان با هوش طبیعی هرزه خواری معمولاً خود بخود برطرف میشود. در کودکان، هرزه خواری معمولاً با پیشرفت سن از بین میرود. در کم توانیهای ذهنی هرزه خواری ممکن است سالها ادامه یابد.

درمان:

- در صورتی که همراه با مسامحه یا بد رفتاری باشد اصلاح آن موقعیت ها لازم است.
- حذف مواجهه با مواد سمی نظیر سرب یا دور نگه داشتن آن از دسترس کودک یا انتقال او به محیط تازه .
- درمان بیشتر معطوف به آموزش و تعدیل رفتاری است.
- اصلاح کمبود آهن یا روی در بعضی سبب رفع هرزه خواری شده.
- درمان اساساً روی روش های روانی-اجتماعی-محیطی-رفتاری-راهنمایی متمرکز است.
- افزایش توجه والدین و تحریک و پرورش هیجانی
- روشهای رفتاری: ایجاد بیزاری خفیف (درمان اجتنابی)-تقویت منفی (شوک الکتریکی خفیف، صداهای ناخوشایند یا یک داروی استفراغ آور)-تقویت مثبت-الگوسازی-شکل دادن رفتار و جبران افراطی.
- فراهم بودن اسباب بازی رابطه عکس با هرزه خواری دارد. بیشتر در محیط های فقیر (یک مطالعه).



-ملاکهای تشخیصی جهت اختلال نشخوار:

الف) بالا آوردن مکرر غذا در یک دوره حداقل ۱ ماهه، غذای برگردانده شده ممکن است مجدداً جویده شود، دوباره بلع شود یا بیرون ریخته شود.

ب) این بالا آوردن مکرر قابل انتساب به یک بیماری گوارشی یا طبی دیگر (ریفلاکس معدوی مری - تنگی پیلور نباشد).

ج) اختلال خوردن منحصراً طی دوره بی اشتها، بی اشتها، پر اشتها، عصبی، اختلال پر خوری یا اختلال مصرف غذای اجتنابی / محدود کننده روی ندهد.

د) در صورتی که علایم در زمینه بیماری روانی دیگر (کم توانی ذهنی یا اختلال رشد عصبی دیگر) روی دهد شدت کافی برای جلب توجه اضافی بالینی را داشته باشد.

♣ این اختلال عموماً پس از ۳ ماهگی شروع میشود کودک انگشت یا دست خود را در دهان میگذارد، زبانش را بطور موزون میمکد و برای شروع برگرداندن غذا به پشت خود قوس میدهد. غذا پس از بالا آوردن ممکن است دوباره بلعیده شود یا دور انداخته شود. شیر خوار نشخوار کننده تقلاً میکند غذا را به دهانش برگرداند و به نظر میرسد این کار برایش لذت بخش است.

این اختلال در کودکان بزرگتر، نوجوانان و بزرگسالان نادر است و گاهی با فتق هیاتال همراه است. انواع شدید این اختلال ممکن است کشنده باشد.

- در کودکان و بزرگسالان دچار کم توانایی ذهنی شایعتر.
- در جنس مذکر با شیوع بیشتر
- بزرگسالان مبتلا به آن معمولاً با وزن طبیعی



اتیولوژی:

- علل عضوی تا علل روانشناختی در آن دخیل میباشند.

- گاهی استفراغ ثانویه به بازگشت معدی مروی یا یک بیماری حاد قبل از رگورژیتاسیون وجود دارد که چند ماه طول میکشد.

- گاهی برای شیر خوار این کار یک رفتار خود آرامش بخشی است یا احساس تسکین ایجاد میکند که منجر به ادامه این کار میشود.

- گاهی آشفتگی های روابط بین مادر و کودک (مادران ناپخته و درگیر تعارضات زناشویی) که منجر به عدم ارضاء و تحریک ناکافی کودک و پناه بردن به این کار برای باز آفرینی فرایند تغذیه وارضایی که مادر فراهم نکرده عامل این موضوع است.

- کژکاری دستگاه عصبی خودکار

♣ وجه افتراق این عمل از استفراغ، حرکات هدفدار و روشن شیر خوار برای القای آن است.

♣ خصوصیتی که به طور شایع همراه این اختلال مشاهده میشود تحریک پذیری و گرسنگی در فواصل نشخوار است.

♣ هر چند بهبودی خودبخودی شایع است، **عوارض ثانویه:** - دلسردی مادر و احساس بیگانگی در او (بوی بد مواد برگردانده شده) - سوءتغذیه پیشرونده - کم آبی و کاهش مقاومت بدن در مقابل بیمار - نارسایی رشد یا تاخیر رشد

و نمو - ۲۵٪ مرگ و میر در موارد شدید.

بررسی آزمایشگاهی: هیچ بررسی آزمایشگاهی خاصی برای آن وجود ندارد. رد علل جسمانی استفراغ نظیر تنگی پیلور و فتق هیاتال - سنجش آزمایشگاهی عملکرد غدد درون ریز (آزمون های تیروئید - آزمون سرکوب دگزامتازون) - الکترولیت های سرم - بررسی های هماتولوژیک.



درمان: درمان ترکیبی از آموزش و فنون رفتاری است

- راهنمایی مادر در بهبود رابطه اش با کودک.
- چکاندن آب لیمو در دهان شیر خوار هنگام نشخوار (موثرترین و سریعترین درمان که ظرف ۳ تا ۵ روز موجب رفع نشخوار میشود)
- شرطی سازی انزجاری
- بی توجهی به کودک هر گاه که نشخوار کرد.
- بهبود محیط روانی-اجتماعی کودک، مراقبت محبت آمیز از سوی مادر یا مراقبین-رواندرمانی مادر یا هر دو والد
- در گزارشهایی بکار بردن داروهایی مانند متوکلوپرامید-سایمتدین-داروهای ضد روانپریشی (مانند هالوپریدول و تیوریدازین) موثر بوده
- (دریک مطالعه): اگر به شیر خوار اجازه داده شود هر قدر دلش میخواهد غذا بخورد، میزان نشخوار کردن پایین می آید.
- درمان در نوجوانان پیچیده بوده و شامل رویکرد چند رشته ای: رواندرمانی انفرادی، مداخله تغذیه ای، درمان دارویی برای کاهش اضطراب و علائم افسردگی میباشد (علائم افسردگی و اضطراب در بسیاری موارد با نشخوار نوجوانی همراه است)





ملاکهای تشخیصی اختلال مصرف غذای اجتنابی/محدود کننده:

الف) آشفتگی تغذیه ای با ناتوانایی مستمر در خوردن غذای کافی تظاهر کرده و همراه با عدم وزن گیری قابل ملاحظه یا کاهش وزن چشمگیر ظرف یک دوره حداقل یک ماهه.

ب) این اختلال ناشی از اختلال گوارشی همراه با یک اختلال طبی عمومی دیگر (نظیر رفلوی مری) نیست.

ج) یک اختلال روانی دیگر (نظیر اختلال نشخوار) یا فقدان غذای کافی توجیه بهتری برای این اختلال نیست

د) شروع اختلال قبل از سن ۶ سالگی است.

♣ - این اختلال یک الگوی غیر انطباقی رفتار خوردن در شیر خواران است که تعریف وسیعی دارد و باز نمود فرآیند تعاملی بین مراقب و شیر خوار است.

- مولفه های آن: امتناع از غذا، گزینشگری غذا، کم خوراکی، اجتناب از غذا و تاخیر در تغذیه مستقل را شامل میشود.

- کودکان دچار این اختلال، تماس عاطفی کمتری نشان میدهند و بیشتر از سایر کودکان تماس مادر را رد میکنند. میزان رفتار رد کننده مادر نیز نسبت به تماس کودک بیشتر است. کودکان از بازوهای مادرشان خود را خارج کرده و کناره جو هستند.

- شیوع جنسی مساوی دارد



تشخیص افتراقی:

این اختلال باید از مشکلات ساختمانی دستگاه گوارش شیر خواران تفکیک شود. از آنجا که اختلالات تغذیه و علل عضوی مشکلات بلع اغلب با هم دیده میشوند، رد علل طبی مشکلات تغذیه ای حائز اهمیت است. در مواردی که شک به عوامل طبی ایجاد کننده مشکلات تغذیه ای وجود دارد ارزیابی به روش ویدئو فلورسکوپی ضروری است.

سیر و پیش آگهی:

اکثر کودکان که در طی سال اول زندگی دچار این اختلال میشوند در صورت شناسایی و مداخله به موقع نارسایی رشد پیدا نمیکنند. در مواردی که اختلال در سنین بالاتر و در کودکان ۲ تا ۳ ساله شروع شود و اگر چند ماه ادامه یابد ممکن است بر رشد و نمو کودک تاثیر بگذارد تخمین زده میشود ۷۰٪ شیر خوارانی که طی سال اول زندگی به طور مداوم از خوردن غذا امتناع میکنند در دوران کودکی دچار برخی مشکلات تغذیه ای خواهند شد.

درمان:

- دخالت مراقبین دیگری در صورتی که مادر یا مراقب قادر به مشارکت در مداخله درمانی نیست.
- اگر شیر خوار قبل از خوردن مقدار کافی شیر خسته میشود کار گذاری NGT گاهی ضرورت مییابد.
- در موارد نادر بستری برای تغذیه کافی روزانه
- روش تبدلی تعامل دکتر ایرن چاتور:
- آموزش والدین در مورد صفات مزاجی شیر خوار- تشویق والدین جهت شیر دهی منظم هر ۳ تا ۴ ساعته فقط در فواصل آن آب به کودک بدهند- آموزش والدین به تحسین تلاشهای کودک برای تغذیه مستقل صرف نظر از میزان غذای مصرفی- راهنمایی والدین که تحریکات پرت کننده حواس کودک را محدود نموده و به رفتارهای تغذیه ای مثبت کودک توجه نشان دهند نه اینکه به رفتارهای نامتناسب وی هنگام صرف غذا توجه منفی شدید کنند.
- که این فرایند آموزش در طی یک دوره فشرده و کوتاه مدت باید صورت گیرد.



در کودکان بزرگتر دچار اختلالات تغذیه ای شدید منجر به سندرم های نارسایی رشد، بستری سازی و تغذیه تکمیلی پیش از مداخلات روان درمانی مطلوب ضروری است.
دارو جزء استاندارد در مان این اختلال محسوب نمیشود هر چند در گزارشی موردی قید شده نوجوانانی که همزمان با این اختلال دچار علایم اضطراب و خلقی بوده اند افزودن رisperidon با افزایش میزان دریافت خوراکی غذا و تسریع وزن گیری همراه بوده است.

فرایند پرستاری در اختلالات تغذیه ای و خوردن:

- ارزیابی رابطه مادر و کودک جهت تعیین علت والگوی تغذیه ای کودک یا شیر خوار
- رفع علت یا علل بوجود آورنده که موجب بهبود یا تخفیف علایم میشود
- بررسی روابط درون خانواده، تعاملات اجتماعی خانواده ونحوه برخورد خانواده با مشکل بوجود آمده
- بررسی علایم اضطراب وافسردگی در نوجوانان.

تشخیص های پرستاری:

- ۱- اختلال در رابطه والد وفرزندی ویا اختلال در تعاملات خانوادگی
- ۲-اختلال در الگوی رشد طبیعی وسوء تغذیه در ارتباط با بیماری

اهداف:

- ۱-بهبود روابط والدین با فرزند وافزایش تعاملات موثر در خانواده
- ۲-کسب الگوی رشد طبیعی وبهبود مشکلات تغذیه



مداخلات پرستاری:

۱- مداخلات مربوط به بهبود روابط والدین با فرزند و افزایش تعاملات موثر در خانواده:

بهینه سازی تعامل بین مادر و شیر خوار-تعدیل استرسهای محیطی-آموزش و حمایت خانواده و روان درمانی حمایتی والدین. مداخلات پرستاری اساساً روی روشهای روانی،اجتماعی،محیطی،رفتاری وراهنمایی خانوادگی متمرکز است. افزایش توجه والدین،تحریک وپرورش هیجانی نیز ممکن است نتایج مثبتی داشته باشد.

۲-مداخلات مربوط به کسب الگوی رشد طبیعی و بهبود مشکلات تغذیه ای:

- برقراری مجدد الگوهای بهنجار خورد وخوراک و برقراری مجدد تعادل مایعات والکترولیت ها وحفظ وزن طبیعی بسیار مهم است.
- گاهی بستری کردن کودک جهت اصلاح تغذیه وآموزش به والدین.
- پرستار به منظور افزایش مشارکت بین مادر وکودک حین تغذیه به مادر کمک میکند تا از طاقت شیر خوار در رابطه با طول مدت تغذیه،الگوهای تنظیم زیستی وی ونحوه تشخیص خستگی شیر خوار آگاه شود.
- آموزش روش دکتر ایرن چاتور به والدین جهت اختلالات تغذیه ای





اختلالات دفع در کودکان (طبق DSM5):

۱- بی اختیاری مدفوع (Encopresis)

۲- بی اختیاری ادرار (Enuresis)

ملاکهای تشخیصی برای بی اختیاری مدفوع:

الف) دفع ارادی یا غیر ارادی مدفوع در مکانهای نامناسب (داخل لباس یا کف اتاق)

ب) بی اختیاری مدفوع ماهی ۱ بار روی داده و مدت ۳ ماه طول کشیده است.

ج) سن تقویمی یا سن رشدی معادل حداقل ۴ سال است

د) این رفتار منحصرأ ناشی از تاثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مانند ملینها) یا یک اختلال طبی عمومی (بجز از طریق مکانیسم یبوست) نیست.

بی اختیاری مدفوع به انواع زیر تقسیم میشود:

۱- با یبوست و بی اختیاری سرریز شدن

۲- بدون یبوست و بی اختیاری سر ریز شدن

♣ در اکثر نوپاها کنترل عضلانی روده حتی قبل از کنترل مثانه روی میدهد.

توالی طبیعی رشد کنترل بر کارکرد های روده و مثانه به ترتیب زیر است: الف) کسب کنترل شبانه مدفوع

ب) کسب کنترل روزانه مدفوع ج) کسب کنترل روزانه مثانه د) کسب کنترل شبانه مثانه



۱- با یبوست و بی اختیاری سرریز شدن:

یبوست براساس آزمایش بالینی و یا تاریخچه ای آشکار میشود. شکل مدفوع بهنجار نبوده و دفع آن به صورت مداوم و در جریان روز یا شب صورت میگیرد. دفع در مکان مناسب و هر بار به میزان کم بوده و با درمان یبوست درمان میگردد. بین سالهای ۲ تا ۴ به حداکثر خود رسیده مدفوع معمولا شل است و در معاینه رکتوم و لمس شکمی توده های سفت مدفوع در کولون و رکتوم حس میشود.

عوارض: فشردگی مدفوع-مگا کولون-شقاق مقعد.

علت: تغذیه نامناسب-بیماری ساختمانی مقعد، رکتوم و کولون-عوارض جانبی داروها-اختلالات طبی غیر گوارشی(غددی یا عصبی)

۲- بدون یبوست و بی اختیاری سرریز شدن:

یبوست بر اساس آزمایش بالینی و یا بررسی تاریخچه ای مشاهده نمیشود. شکل مدفوع بهنجار بوده و دفع به صورت متناوب صورت میگیرد. دفع در مکانهای در معرض دید انجام شده و بیشتر بیانگر یک اختلال تضادورزی تحریک آمیز و یا اختلال رفتار ارتباطی است.

♣️ کودکانی که دچار یبوست مزمن هستند و در شل کردن اسفنگتر ارادی خود در هنگام دفع مشکل دارند، معمولا به ملین هانیز پاسخ نداده و دچار بی اختیاری سرریزی میشوند. در صورت عدم وجود مشکل در اسفنگتر، بهبودی تسریع میشود.

- در فرهنگ غرب معمولا بین ۴ تا ۵ سالگی کودکان به کنترل روده رسیده و شیوع این اختلال تا ۱۶ سالگی تقریبا به صفر میرسد. پس از ۴ سالگی بی اختیاری مدفوع در پسرها ۶ بار شایعتر از دخترها است. بین بی اختیاری مدفوع و ادرار ارتباط معنا داری وجود دارد.



اتیولوژی:

عوامل روانشناختی و فیزیولوژیک

۱- **یبوست مزمن:** کودک برای اجتناب از درد حرکات روده ای، جلوی این حرکات را گرفته و دفع دیرتر مدفوع موجب افزایش یبوست و بی اختیاری سرریزی میشود. آموزش مناسب دفع مدفوع و دیگر مداخلات رفتاری میتواند مشکل را کاهش دهد.

۲- **کنترل ناموثر اسفنگتری:** برخی کودکان به خاطر عدم توانایی در کنترل اسفنگتر ویا وجود مایع بیش از حد به طور غیر ارادی دچار بی اختیاری سرریزی میشوند.

۳- **سوء استفاده جنسی:** گر چه بی اختیاری مدفوع بطور اختصاصی بیانگر سوء رفتار جنسی نمیباشد، اما در مقایسه با کودکان عادی در این نوع قربانیان بیشتر دیده میشود. البته کودکانی که دچار سایر مشکلات رفتاری هستند علیرغم عدم سوء رفتار جنسی دارای شیوع بیشتری از بی اختیاری مدفوع میباشند.

۴- **رابطه والد-فرزندی و تنبیه گرانه:** برخی آمارها از ارتباط این اختلال با خصومت مادر و روشهای فرزند پروری خشن همراه با تنبیهات زیاد و غیر منطقی به خصوص در حین آموزش آداب توالت حکایت دارد.

۵- **اختلالات خلقی:** در مطالعاتی نشان داده شده بی اختیاری مدفوع در کودکان دچار اختلال دوقطبی نوع یک در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بوده، اما در اکثر موارد بی اختیاری مدفوع پیش از شروع اختلال خلقی آغاز شده.

۶- **شخصیت کودک:** کودک ممکن است بدلیل سازمان یافتگی خاص شخصیت و رفتارهای واپس گرا در برابر یادگیری مقاومت نشان دهد. پر خاشگری، اضطراب، تضادورزی و وسواس در این کودکان دیده میشود.



۷-**الگوی کنترل حرکات روده:** کودکی که در این چرخه افتاده بدلیل درد هنگام اجابت مزاج،مجبور است با خواسته والدین مبنی بر دفع مدفوع مقابله نموده که خود این مقاومت اغلب باعث تشدید اختلال ومنجر به بروز رفتارهای بیمار گونه دیگر(فوبیا) میشود.

کثیف کردن خود نیز باعث طرد اجتماعی کودک وبروز مشکلات روانی نظیر **حواس پرتی، کوتاهی میدان توجه، عدم پذیرش محرومیتها، بیش فعالی وهماهنگی ضعیف حرکتی** در کودکانی که علیرغم کسب کنترل روده ای،مدفوع با قوام طبیعی در محلهای نامناسب دفع میکنند،دیده میشود.

این الگوی کنترل حرکات روده ای با ایجاد یبوست مزمن ودر اثر ایجاد توده های سفت وسخت مدفوع میتواند موجب از دست رفتن قوام دیواره رکتوم وعدم حساسیت آن نسبت به فشار (**مگا کولون روانزاد**) شود که باعث تراوش ناخود آگاه مدفوع نرم وآبکی از مقعد میشود.

۸-**وقایع استرس زا:** این نوع بی اختیاری اغلب پس از گذشت یک دوره تقریبا طولانی از کسب کنترل روده ای دیده میشود.تولد خواهر یا برادر،تغییر محل زندگی،جدایی یا مرگ والدین،شکست تحصیلی ودور شدن از دوستان صمیمی.

♣**علی رغم عدم وجود آزمایشات مخصوص،باید اختلالات طبی وپیماریهای گوارشی نظیر هیرشپرونک رد شود،برای تشخیص وجود یا عدم یبوست،معاینه شکم ضروری بوده،گرافی شکم در تعیین شدت یبوست وحجم توده مدفوعی مفید است.**

تشخیص افتراقی:

- ۱- سوء رفتار جنسی وجسمی
- ۲-تغذیه نامناسب
- ۳-پیماریهای ساختمانی مقعد،کولون .رکتوم
- ۴-عوارض جانبی داروها
- ۵-اختلالات طبی غیر گوارشی(غددی یا عصبی)
- ۶-بیماری هیرشپرونک



سیر و پیش آگهی:

- بستگی به علت، میزان طول کشیدن علایم، مشکلات رفتاری همراه دارد.
- در بسیاری موارد خودبخود از بین رفته، بندرت پس از سالهای میانه نوجوانی دوام دارد
- درمان در کودکانی که کندی حرکات معده و ناتوانی برای شل کردن اسفنکتر مقعد دارند مشکل تر است از وقتی است که یبوست وجود دارد ولی قوام اسفنکتر طبیعی است.
- بالا بودن سطح تنش خانواده بدلیل مشمئز کننده بودن این اختلال.
- طرد کودک از همسالان بدلیل رفتارهای نامناسب بارشد وی و شکل گیری عزت نفس پایین
- از نظر روانشناختی کودک ممکن است نسبت به علایم خود بیتفاوت بوده و یا از این رفتار برای ابراز خشم خود استفاده کند
- فرجام این اختلال به تمایل و توانایی خانواده به شرکت در درمان، عدم تنبیه آشکار و آگاه شدن کودک نسبت به زمان نیاز به دفع بستگی دارد.

درمان: درمان طبی اولیه برای رفع یبوست همراه با مداخله رفتاری برای تقویت رفتار روده ای متناسب و کاهش اضطراب مربوط به حرکات روده.

- کاهش تنشهای خانوادگی و ایجاد فضایی عاری از تنبیه
- انجام کوششهایی مشابه در مدرسه تااز شرمندگی کودک در آن محیط کاسته شود
- تعویض مکرر لباس زیر کودک بدون داد و قال
- نشستن روی توالت در فواصل زمانبندی شده در کودکانی که یبوست ندارند و کنترل خوبی روی اعمال روده دارند
- مصرف روزانه ملینها یا روغنهای معدنی همراه با مداخله رفتاری که طی آن کودک در فواصل زمانبندی شده در توالت مینشیند و به خاطر دفع موفقیت آمیز مورد توجه واقع میشود.
- رواندرمانی حمایتی و فنون آرامسازی جهت درمان اضطراب و کودکانی با عزت نفس پایین و انزوای اجتماعی



ملاکهای تشخیصی برای بی اختیاری ادرار:

الف) دفع مکرر ادرار در بستر یا لباس به صورت ارادی یا غیر ارادی

ب) تداوم اختلال طی حداقل یک دوره ۳ ماهه وفواصل دفع حداقل هفته ای ۲ بار با وجود ناراحتی قابل ملاحظه بالینی یا تخریب در عملکرد اجتماعی، تحصیلی (شغلی) یا سایر زمینه های مهم کارکردی

ج) سن تقویمی کودک با سطح رشدی معادل حداقل ۵ سال

د) عدم ارتباط با تاثیر فیزیولوژیک یک ماده (داروی مدر-مسهل-داروی ضد سایکوز) یا یک اختلال طبی عمومی (دیابت-اسپاینا بیفیدا-اختلال تشنجی)

این اختلال به ۳ دسته تقسیم میگردد:

۱- فقط روزانه: دفع ادرار در ساعات بیداری رخ میدهد که در دختران شایعتر است و به ندرت بعد از ۹ سالگی دیده میشود. اغلب در آغاز بعد از ظهر و روزهای مدرسه ای بروز میکند.

۲- فقط شبانه: فراوانترین نوع این اختلال است که در طی آن معمولا بی اختیاری در ثلث اول چرخه خواب رخ میدهد (۹۳ تا ۱۶۲ دقیقه پس از به خواب رفتن) گاهی نیز بی اختیاری در خلال مرحله خواب دیدن (REM) بروز میکند که کودک رویای خود را که معمولا شامل آب بازی، سیل یا فقط ادرار کردن است را به یاد می آورد.

۳- روزانه و شبانه: شامل ترکیب دو نوع یاد شده.



♣ هر چه سن کودک افزایش یابد شیوع این اختلال کمتر میشود. و شیوع آن با توجه به شاخص های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جمعیت شناسی متفاوت است. این کودکان بیشتر از سایر کودکان مستعد ابتلا به آشفتگیهای رفتاری و رشدی هستند.

بی اختیاری ادرار در پسرها شایعتر است (۸۰٪ موارد مبتلایان). پسرانی که تخلیه مثانه را به تاخیر می اندازند بیشتر دچار این اختلال شده. این اختلال سالانه ۱۵٪ بهبود خودبخودی دارد.

اختلالات روانی، فقط در ۲۰٪ از کودکان مبتلا وجود دارد. در دختران مبتلا، بچه هایی که هم شب و هم روز دچار این مشکل هستند و در بچه هایی که علایم خود را تا سنین بالاتر حفظ میکنند این اختلالات شایعتر است.

اتیولوژی:

دلیل عمده این اختلال در صورت عدم وجود اختلالات عصبی، ناشی از عوامل رفتاری است که روی عادت طبیعی دفع ادرار تاثیر گذاشته و تکامل کنترل ارادی طبیعی را مهار میکنند.

- توارث: وجود آن در خویشاوندان درجه اول کودک (۷۵٪) و در صورت ابتلا پدر خطر در کودک ۷ برابر خواهد شد.
- کاهش گنجایش عملکردی مثانه علیرغم حجم طبیعی آن
- بی اختیاری سرریزی بدلیل عدم وجود سطوح بالای هورمون ضد ادراری در شبها و تولید بیش از حد ادرار شبانه

- استرسهای روانی و اجتماعی نظیر سختگیری و پر خاشگری هنگام آموزش توالت رفتن- تولد خواهر یا برادر جدید- بستری شدن در بیمارستان در سنین ۲ تا ۴ سالگی- شروع مدرسه- فروپاشی خانواده بدلیل طلاق یا مرگ- نقل مکان به خانه جدید
- وجود کمبودها و نارسایی ها در محیط زندگی کودک: «اختلافات خانوادگی- مشکلات اقتصادی- طبقه اجتماعی پایین
- وجود شخصیت پر خاشگر، تضادورز و برانگیخته در کودک که در برابر نظم واکنش منفی بروز میدهد.



سندرم هینمن (Hinman) شدیدترین نوع این اختلال است که ناشی از عادت سفت کردن ارادی اسفنکتر بیرونی هنگام میل به دفع ادرار است. کودک مکرر برای جلوگیری از دفع، هنگامی که میل به آن وجود دارد تلاش میکند. بتدریج احساس میل به دفع هم کاهش یافته وبا عدم تخلیه مثانه، بی اختیاری شبانه (بدلیل شلی اسفنکتر وعدم وجود مقاومت در شبها) رخ میدهد.

♣ یافته آزمایشگاهی خاصی برای تشخیص وجود ندارد اما عفونت های ادراری مستعد کننده وناهنجارهای انسدادی ساختمانی باید مورد توجه واقع شود.

تشخیص افتراقی:

- آسیبهای ساختمانی،عصبی،عفونی ادراری تناسلی نظیر اروپاتی انسدادی،اسپاینا بیفیدای نهفته والتهاب مثانه.
- سایر اختلالات عضوی:دیابت شیرین وبی مزه که ممکن است باعث پرادراری وبی اختیاری ادرار شوند.
- آشفستگی های خواب وهوشیاری:تشنج-مسمومیت-اختلال خوابگردی که کودک در خلال آن ادرار میکند
- عوارض جانبی داروها:تیوریدازین
- بیماریهای دیگر:آنمی سیکل سل-توده های لگنی-مثانه نورولوژیک

پیش آگهی:

معمولا خود بخود برطرف میشود بدون آنکه کودک دچار عارضه پایدار روانی شود.عود در کودکان مبتلایی که خود بخود بهبود یافته اندونیز در کودکان تحت درمان نیز امکان دارد رخ دهد.



درمان:

شامل مداخلات دارویی و رفتاری پس از رد علل عضوی میباشد.

- راهنمایی کودک و والدین در زمینه آموزش آداب مناسب توالت رفتن.
- تهیه یادداشت در تعیین سطح پایه اختلال و پیشرفت بعدی کودک (به عنوان یک تقویت کننده)
- نمودار ستاره
- محدود کردن مایعات قبل از خواب
- بیدار کردن شبانه کودک برای آموزش دفع ادرار
- ارزیابی نقش یبوست مزمن در بروز کژکاری ادراری و افزایش فیبر رژیم غذایی به منظور کاهش یبوست.
- ورزشهای کششی مخصوص تقویت مثانه و مجاری ادراری
- شستشوی لباس و ملحفه کثیف توسط خود کودک (در کودکان بزرگتر)

رفتار درمانی:

- شرطی سازی کلاسیک با زنگ و تشکچه مخصوص موثر ترین درمان است (بیش از ۵۰٪ موارد)
- آموزش مثانه ای (تشویق با جایزه دادن برای تعویق انداختن دفع ادرار برای مدتهای طولانی تر در طول ساعات بیداری) (تاثیر کمتر)
- مشکلات آن: عدم همکاری کودک در خانواده- استفاده نامناسب از تشکچه و عود





یک نوع تشک هشدار دهنده که در رختخواب کودک کار گذاشته شده است.



یک بچه که با تشک هشدار دهنده خوابیده است.

درمان دارویی:

وقتی مد نظر قرار میگیرد که مشکل سبب تخریب عملکرد اجتماعی، خانوادگی، تحصیلی.. شده و مداخلات رفتاری، رژیم غذایی و محدودیت مایعات موثر نبوده باشد.

-ایمی پرامین (توفرانیل) بطور کوتاه مدت موثر است اما بعد از گذشت ۶ هفته از درمان معمولا تحمل دارویی ایجاد میشود. پس از قطع دارو ظرف چند ماه مشکل با همان بسامد قبلی عود میکند (مشکل جدی سمیت قلبی دارو است)

-دسموپرسین (DDAVP) ترکیب ضد ادراری است که به شکل اسپری داخل بینی تجویز میشود (۱۰ تا ۹۰٪ بی اختیاری ادرار را کاهش میدهد) که در اکثر مطالعات گفته شده که مشکل بعد از قطع دارو عود کرده است. عوارض جانبی آن: سردرد - احتقان بینی - خونریزی از بینی - دل درد.

-ربوکستین (Vetra, Edronax) یک مهار کننده باز جذب نور اپی نفرین است که عارضه قلبی ندارد و اخیرا بعنوان یک جایگزین بی خطرایمی پرامین در درمان این مشکل مصرف میشود (عوارض جانبی جزئی)

رواندرمانی:

ممکن است در پرداختن به مشکلات روانی و هیجانی همزمان و مشکلات خانوادگی ثانوی به این اختلال موثر باشد ولی با توجه به مطالعات انجام شده این روش به تنهایی درمان کوتاه مدت موثری برای این مشکل نیست.



فرایند پرستاری:

بررسی: - مسایلی مانند انزوای اجتماعی و کاهش عزت نفس کودک، بوجود آمدن اختلالات روانی و عاطفی همراه، افت تحصیلی، بیماریهای منتقله از راه مدفوع و عفونتهای ادراری.

- بررسی محیط مدرسه از نظر برخورد مناسب یا نامناسب معلمان و همکلاسی ها
- بررسی ارتباط کودک و والدین در خانه
- بررسی وجود یا عدم وجود علل عضوی
- بررسی هر گونه شرایط استرس زا
- بررسی روشهای قبلی که توسط والدین یا افراد حرفه ای جهت کنترل و درمان بکار برده میشد
- ارزیابی جزئیاتی مانند دفعات، زمان بروز، مقدار، عوامل افزایشنده، چگونگی آموزش آداب دفعی و سابقه خانوادگی این اختلال و سایر اختلالات روانپزشکی.

تشخیص های پرستاری:

- ۱- کاهش عزت نفس و انزوای اجتماعی کودک به دلیل طرد شدن از سوی همسالان
- ۲- واکنش منفی والدین و افزایش تعارضات والد-فرزندى بدلیل تصور عمدی بودن اختلال
- ۳- افزایش پرخاشگری و منفی کاری، ثانویه به خشم ناشی از عدم توانایی در کنترل ادرار یا مدفوع
- ۴- افت تحصیلی بدلیل ترس از حضور در جامعه، بویژه مدرسه
- ۵- بی اختیاری گذرا، ثانویه به حوادث استرس زای گذرا
- ۶ احتمال ابتلا به بیماریهای میکروبی و گوارشی به دلیل دستکاری مدفوع
- ۷- افزایش درد و حساسیت هنگام دفع بدلیل یبوست مزمن.



اهداف:

- ۱- افزایش عزت نفس و تعاملات اجتماعی کودک
- ۲- آگاه سازی والدین از غیر عمدی بودن علایم
- ۳- افزایش سطح مهارت‌های درسی و تحصیلی
- ۴- از عهده بر آیی و مقابله با استرس های گذرای زندگی
- ۵- جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های میکروبی و گوارشی
- ۶- رفع یبوست و کاهش درد و حساسیت هنگام دفع

مداخلات پرستاری:

- ۱- **افزایش عزت نفس و تعاملات اجتماعی کودک:** جهت بر طرف نمودن سرزنش و تمسخر همکلاسان به جهت بوی بد مواد دفعی و ترس کودک از طرد شدن میتوان با یاد آوری جنبه های مثبت شخصیت کودک و تشویق مناسب و به موقع و مداخله در محیط زندگی و صحبت با همسالان وی به این امر کمک نمود.
کاهش انزوای بوجود آمده با تشکیل گروه‌های همگن (در صورت وجود کودکان مبتلا) و تقویت مهارت‌های فردی و ارتقاء عزت نفس و برقراری تعاملات مثبت در گروه.
- ۲- **آگاه سازی والدین از غیر عمدی بودن علایم:** اکثر والدین از غیر عمدی بودن این علایم در کودکان بی خبر بوده و آن را نشانه بی ادبی و عدم توجه کودک به توصیه های والدین تلقی میکنند در حالی که باید آگاه شوند این کودکان مبتلا به اختلال تمام تلاششان این است که کنترل بر اعمال دفعی شان داشته باشند و کمتر کودکی است که دوست داشته باشد بستر و لباس خود را آلوده کند. کاهش تعارضات و شماتتهای والدین میتواند از شدت اختلالات به میزان قابل توجهی بکاهد.



۳- تسلط بر کنترل دفع ادرار و مدفوع و کنترل خشم: آرام سازی کودک، اطمینان بخشی به وی در زمینه بهبود و رفع علایم، کمک به کاهش احساس گناه کاری، آموزش آداب توالت، کودک را شماتت و نکوهش و تنبیه نکردن (چون با ایجاد چرخه منفی علایم را افزایش میدهد)، از کودک در خواست شود بعد از هر وعده غذایی ۵ تا ۱۵ دقیقه در توالت بنشیند، بیدار کردن کودک در طول شب برای دفع، آموزش حرکات کششی مثانه و انقباض ماهیچه انتهایی مجرای ادرار به مدت چند ثانیه قبل از دفع ادرار، استفاده از سیستم موثر تشویق، کاهش مصرف مایعات قبل از خواب، بر طرف نمودن یبوست

۴- افزایش مهارتهای درسی و تحصیلی: که بدلیل ترس و خجالت از حضور در مدرسه ایجاد میشود. و حضور روانپرستار در مدرسه و صحبت با مسئولین و معلمان، ادامه رژیم های درمانی کودک، تشویق کودک به حضور در مدرسه توسط معلمین و بکار گیری کودک در فعالتهای فوق برنامه که موجب کسب موفقیت و بازخورد مثبت وی میشود، عدم شماتت و تمسخر کودک توسط معلمین و همکلاسان.

۵- از عهده بر آیی و مقابله با استرسهای گذرای زندگی: حمایت و توجه مناسب والدین به کودک و دادن آرامش به او (با افزایش زمان اختصاص داده شده به او)، بهره گیری از تفریحات سالم مانند استخر- پارکهای بازی و ورزش به میزان زیادی در کاهش این استرس ها موثر است. والدین باید آگاه باشند که باز خوردهای رفتاری آنها در استقرار رفتار مرضی نقش داشته و آنها نباید بدلیل نفع ثانوی، کودک را در چهارچوب یک تعارض روانی آزاردهنده قرار دهند.

۶- جلوگیری از ابتلا به بیماریهای میکروبی و گوارشی: آموزش درباره مضرات دستکاری مدفوع و تشویق به هنگام عدم دستکاری، کوتاه کردن ناخن ها و رعایت بهداشت دست. و در صورت ادامه دستکاری (ویزیت داخلی یا عفونی و انجام آزمایشات مربوطه)

۷- رفع یبوست و کاهش درد و حساسیت هنگام دفع: مصرف فیبر در رژیم غذایی، هر چند دستکاریهای از جمله تنقیه و مصرف ملین باید محدود شوند ولی در صورت تجویز پزشک اجراء گردد، انجام یک برنامه فعالیتی منظم، در صورت درد شدید میتوان چند دقیقه قبل از دفع مقعد و اطراف آن را با پماد لیدوکائین آغشته کرد.



خسته نباشید

منابع:

- خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک
- روانپرستاری کودک و نوجوان- سعید واقعی
- رشد و اختلالات ان در کودکان- دکتر رحیم وکیلی
- مراقبت از کودک- دکتر برنارد والمن
- اصلاح رفتار کودکان- یودا کلاس
- Joubari.blogfa.com
- www.aftabir.com
- www.drrezadoost.ir

تهیه و تنظیم: سارا غزلی دانشجوی روانپرستاری دانشگاه علوم
پزشکی قزوین- پاییز ۹۴
اساتید مربوطه: آقای شیخی- دکتر ضیغمی

